

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

608

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 18 Juillet 1900

à 1 heure

PAR

Georges GODEAU

Né à MEULAN (Seine-et-Oise) le 14 Avril 1874

LES OTITES
ET LEURS COMPLICATIONS MASTOÏDIENNES
DANS LA GRIPPE

Président : M. LANNELONGUE, Professeur.

Juges : { MM. KIRMISSON, agrégé.
TUFFIER id.
MAUCLAIRE id.

MEULAN

IMPRIMERIE FIRMIN ROGER

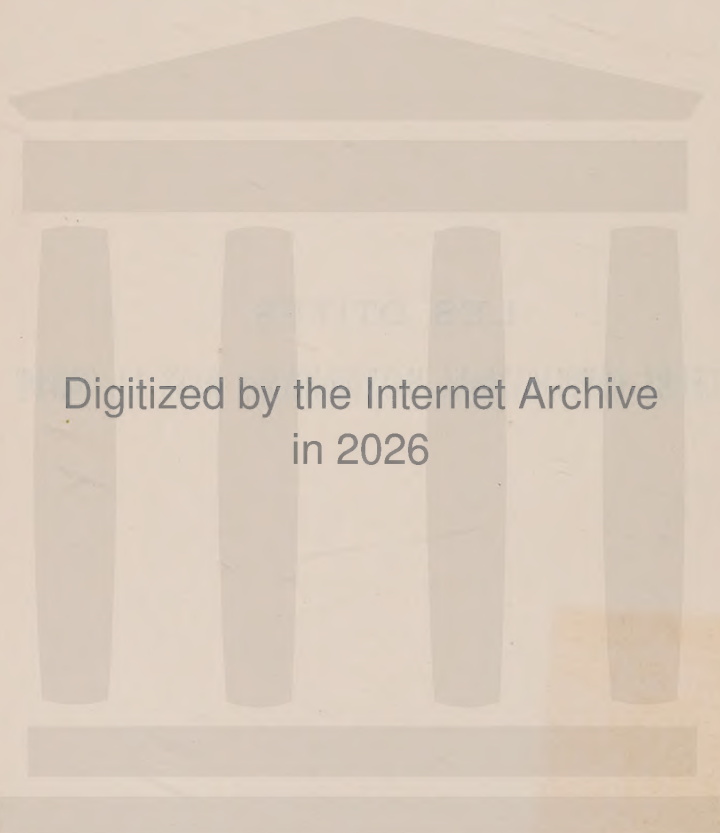
8, QUAI DE L'ARQUEBUSE

1900

668

LES OTITES
ET LEURS COMPLICATIONS MASTOIDIENNES DANS LA GRIPPE

808



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 18 Juillet 1900

à 1 heure

PAR

Georges GODEAU

Né à MEULAN (Seine-et-Oise) le 14 Avril 1874

LES OTITES

ET LEURS COMPLICATIONS MASTOÏDIENNES
DANS LA GRIPPE

Président: M. LANNELONGUE, Professeur.

Juges: { MM. KIRMISSON, agrégés.
TUFFIER id.
MAUCLAIRE id.



MEULAN

IMPRIMERIE FIRMIN ROGER

8, QUAI DE L'ARQUEBUSE

1900

UNIVERSITÉ DE PARIS. — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen.....	M. BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutiques générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	HUTINEL.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....	TERRIER.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....	BRISSAUD.
	CHANTEMESSE.
	POTAIN.
Clinique médicale.....	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	GRANCHER.
Maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de Pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....	BERGER.
	DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....	LE DENTU.
	TILLAX.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchement.....	BUDIN.
	PINARD.

Agrévés en exercice

MM.	DESGREZ.	LEJARS.	THIROLOIX.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THOINOT.
ALBARRAN.	FAURE.	MARFAN.	VAQUEZ.
ANDRÉ.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VARNIER.
BONNAIRE.	GILLES DE LA	MENETRIER.	WALLICH.
BROCA (AUG.)	TOURETTE.	MERY.	WALTHER.
BROCA (ANDRÉ)	HARTMANN.	ROGER.	WIDAL.
CHARRIN.	LANGLOIS.	SEBILEAU.	WURTZ.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	TEISSIER.	
DELBET.	LEGUEU.	THIERY.	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 Décembre 1898, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ou improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE,

*En reconnaissance de leur
long dévouement.*

A MES FRÈRES,

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LANNELONGUE

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE PARIS

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A MES MAÎTRES DES HOPITAUX DE PARIS

MM. MILLARD,
LUCAS-CHAMPIONNIÈRE,
GOURAUD,
MAYGRIER,
TILLAUX.

AVANT-PROPOS

Nous avons eu l'occasion, dans les différents services spéciaux des Hopitaux et dans les Cliniques où nous sommes passé, de remarquer la fréquence des otites moyennes dont la grippe ou influenza était le point de départ. Nous nous sommes enquis, avec tout le soin nécessaire de l'origine grippale des otites chez ceux de nos malades qui venaient consulter soit à l'hôpital, soit aux cliniques, alors que la cause première, l'influenza, était déjà assez éloignée pour n'avoir laissé que peu de traces. En d'autres cas, les malades nous ont été envoyés par leurs médecins qui leur avaient donné leurs soins pour des attaques récentes de grippe.

Enfin, nous avons pu autour de nous, voir évoluer les attaques d'influenza et les otites consécutives.

Nous avons pendant le courant d'une année, de Décembre 1898 à Décembre 1899, relevé cinquante cas d'otites moyennes aiguës. Chez dix de nos malades, nous avons trouvé l'origine grippale franche. Chez quelques autres, la grippe est venue donner un coup de fouet à des otites anciennes. Les fièvres infectieuses éruptives de l'enfance nous ont fourni la plus grosse proportion, puisque chez vingt-trois de nos malades, la scarlatine et la rougeole surtout ont été la cause première des otites pour la plupart chroniques ou récidivantes que nous avons eu à soigner.

Cinq fois nous avons retrouvé la fièvre typhoïde comme cause efficiente, trois fois la tuberculose laryngée. Les neuf derniers cas ont été attribués à du catarrhe chronique naso-pharyngien, à des lésions ozénateuses de voisinage, à des inflammations aiguës des trois amygdales, surtout chez les enfants, à des traumatismes ou bien à des causes que nous n'avons pu décèler.

Nous avons en outre été particulièrement frappé de la violence de l'évolution dans la plupart de ces otites moyennes purulentes à cause grippale, de la fréquence des complications

mastoïdiennes justiciables de l'intervention d'urgence et du pronostic si différent de celui de la généralité des otites.

Aussi avons-nous réuni quelques observations pour contribuer à l'étude de cette complication fréquente et redoutable de la grippe.

Nous avons le devoir et le plaisir de remercier ici M. le Professeur Lannelongue qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse; M. le Professeur Tillaux dont les savantes leçons à l'Hôpital de la Charité nous ont donné l'idée de notre travail; MM. les docteurs Gapin, Lermoyez, médecin, de l'Hôpital Saint-Antoine; Grossard et Mounier, Lacroix, Dumont, qui nous ont donné la facilité d'étudier à leurs cliniques les observations que nous avons recueillies; MM. les Docteurs Jeanne, rédacteur en chef du *Concours Médical*, Séailles, médecin du Bureau de Bienfaisance du XVII^e Arrondissement, Mahu, attaché au service du docteur Lermoyez à l'Hôpital Saint-Antoine, Savariaud et Courtiller, chargés de la consultation de chirurgie à l'Hôpital de la Charité, qui nous ont aidé de leurs conseils éclairés.

G. GODEAU.

..

Nous connaissons mieux aujourd'hui, grâce aux travaux de Netter, Chantemesse, Meunier, Weichselbaum à Vienne, Zaufal à Pragues, Rohrer, Scheibe, Moos en Allemagne, Gradenigro, l'influence des micro-organismes sur l'étiologie des affections auriculaires dans le cours des maladies infectieuses. La clinique nous montre la fréquence de ces affections en tant que complication de ces mêmes maladies. Nous passerons donc rapidement en revue les troubles auriculaires dans les maladies infectieuses qui les provoquent le plus souvent pour arriver à l'influenza.

Après avoir résumé les connaissances actuelles sur cette maladie intéressante à tant de points de vue, cause de tant de troubles organiques longtemps inexpliqués, nous noterons ses principales complications pour nous arrêter à celle qui est l'objet de notre travail, à l'otite moyenne aiguë grippale et à ses complications mastoïdiennes.

D'après les travaux publiés jusqu'à ce jour par MM. Gellé, Løwenberg, Hermet, Marty, d'après les observations que nous avons recueillies et exposées, nous établirons nos réflexions sur la morphologie de l'affection, parallèlement au type de l'otite moyenne aiguë que l'on pourrait appeler normale, et nous en chercherons les caractéristiques différentielles. Pour terminer nos conclusions, notre pronostic et notre traitement.

— 222 —

AFFECTIONS AURICULAIRES DANS LES MALADIES INFECTIEUSES

**Fièvre typhoïde — Variole — Scarlatine
Rougeole — Erysipèle — Diphtérie
Pneumonie Tuberculose**

Fièvre typhoïde.

Les troubles auriculaires sont un des accidents fréquents à la période d'état de la Fièvre Typhoïde : troubles dans le fonctionnement de la trompe d'Eustache, dus aux angines pultacées, aux ulcérations du pharynx, du voile du palais et dont les bourdonnements et les bruits subjectifs sont un des symptômes ; troubles du côté de l'oreille interne qui est, dit M. Lermoyez, touchée dès les premiers jours de l'infection ; des bourdonnements, des tintements à timbre élevé l'annoncent et une surdité qui s'installe d'une façon brusque la confirme. Cette dureté de l'ouïe qui, le plus souvent est bilatérale, va rarement jusqu'à la surdité complète. Il est rare que cette altération soit durable. On compte aisément les cas où elle a causé la surdité persistante ou de la surdi-mutité. En général, la surdité oscille parallèlement à la fièvre, disparaissant quand celle-ci cesse, ou pouvant se reproduire s'il y a rechute, alors que dans la période d'apyrexie intercalaire l'audition avait retrouvé son acuité normale.

L'otite moyenne catarrhale est plus rare que l'otite moyenne suppurée qui appartient à la période d'état où elle est assez tardive et quelquefois aussi à la convalescence.

Quand la membrane du tympan s'est perforée et a donné issue au pus, il arrive souvent que la lésion se répare et que la surdité disparaît. Mais, si la suppuration est abondante et persiste, le tympan peut subir une destruction totale ; les osselets de l'ouïe sont éliminés, et parfois des polypes apparaissent au fond de la

caisse : dans ces cas, on observe une surdité dont les degrés peuvent varier depuis un léger affaiblissement de l'ouïe jusqu'à la cophose complète. Souvent ces otites suppurées sont le point de départ d'accidents sérieux. (Hutinel)

Ces accidents sont la suppuration mastoïdienne avec ses conséquences fâcheuses (paralysie faciale), la carie du rocher avec ses propagations méningées et l'abcès cérébelleux à distance.

Variole.

Le tableau clinique de la *variole* enregistre de nombreux cas d'otites consécutives dont le pronostic est tout aussi redoutable à cause des méningites de la base subséquentes et des cas de surdité assez obscurs qui sont souvent incurables.

Scarlatine.

L'otite moyenne scarlatineuse est très fréquente (33 •/•) d'après Bordier, mais le plus souvent elle se présente sous une forme non suppurée. La forme grave suppurée (4,55 % Burckart, Mérian), apparaît à une époque variable, mais le plus souvent pendant l'éruption : l'apophyse mastoïde et l'oreille externe sont très douloureuses. Très rapidement le tympan est perforé, mais le malade reste exposé à une longue suppuration, aux lésions du rocher, de l'apophyse mastoïde, aux complications méningées et à la thrombose du sinus latéral ; le labyrinthe est souvent attaqué ; gonflement et œdème du tissu sous-muqueux, ulcérations qui dénudent les os, carie des osselets et des parois du labyrinthe.

Rougeole.

Règle constante dans la rougeole, l'otite apparaît dans les premiers jours de l'éruption et s'explique facilement par l'engorgement muco-purulent de l'arrière pharynx et de la trompe d'Eustache (20 cas sur 23 autopsies, Cordier), (Tobeitz, 17 cas sur 22 autopsies). Elle est le plus souvent légère. La forme maligne est accompagnée de douleurs vives, de troubles auditifs, de tuméfaction douloureuse de la région mastoïdienne : la membrane du tympan a perdu sa teinte gris perle et sa forme plate :

elle est devenue bombée surtout dans son segment sous-ombilical : la perforation du tympan est la règle, ce qui donne au malade un très grand soulagement. Si l'inflammation se prolonge, elle se propage très facilement aux cellules mastoïdienne, d'où mastoïdite et carie du rocher. Le pronostic est alors le plus souvent grave surtout pour l'avenir, car l'otite morbilleuse laisse presque toujours des reliquats : lésions irrémédiables de l'oreille, telles que épaissement du tympan, petites végétations polypiformes, adhérences et travées fibreuses de la membrane, carie, nécrose et disparition des osselets ; l'audition est en partie compromise ou abolie. Trousseau a relaté des cas fréquents de méningites otitiques morbilleuses, d'infection avec abcès, ictère, de broncho-pneumonies gangreneuses, de pleurésie. (Netter). Ces différentes complications peuvent survenir au déclin de la rougeole ou même après la convalescence.

La tuberculose, bucco-pharyngée et laryngée, la pneumonie, la diphtérie, ont aussi un retentissement pernicieux sur l'appareil de l'ouïe, et sont aussi un facteur considérable dans l'étiologie des otites moyennes purulentes.

GRIPPE

Avant de nous occuper spécialement des otites consécutives à la grippe ou influenza, nous allons décrire rapidement d'après MM. Dieulafoy et Widal ce qu'est la maladie elle-même. Connue depuis longtemps sous des dénominations multiples, baptisée du nom de grippe au siècle dernier par Sauvage de Montpellier, d'influenza par les Italiens en 1802, lors de son apparition à Milan et à Venise, elle a comme attributs principaux son caractère épidémique, sa grande diffusibilité, son aspect infectieux, ses graves complications. Cette maladie, que l'on est porté à ranger parmi les bénignes, atteint l'organisme d'une façon profonde, se manifeste souvent par un état nerveux très accentué et laisse trop souvent à sa suite des complications variées et dangereuses.

La maladie elle-même, sa contagiosité, ses infections secondaires furent surtout étudiées pendant l'épidémie de 1889-1890. En 1892, Pfeiffer découvrit le bacille spécifique de l'influenza. Cette forte épidémie a sévi pendant quelques années à Paris, et sévit encore presque tous les hivers par foyers moins étendus.

D'après les études de MM. Teissier, L. Masson et H. J. Martin, la présence de l'agent pathogène serait possible dans l'eau, et sa dissémination dans l'atmosphère serait commandée par certaines conditions météorologiques générales. Les complications sont dues le plus souvent à la coexistence de bacilles d'ordre banal. La contagion s'effectue d'une manière toute spéciale, par le contact direct, par l'air, les animaux. Les hommes sont plus fréquemment atteints, aucun âge n'est épargné; les maladies chroniques agissent comme cause prédisposante.

Anatomie Pathologique. — D'après M. Widal, « il paraît exister avant tout une inflammation superficielle de toute la muqueuse de l'appareil respiratoire, larynx, trachée, bronches de tout calibre, inflammation qui amène la desquamation de l'épithélium, et ouvre ainsi la porte aux microbes des infections ».

« secondaires. La muqueuse nasale présente au microscope tantôt une kératinisation incomplète de la couche épithéliale superficielle, tantôt de petites ulcérations. Dans l'exsudat purulent des bronches, on trouve le bacille spécifique. Weichselbaum a insisté sur la congestion de la muqueuse des sinus et sur le contenu muco-purulent des sinus frontaux et maxillaires. Les poumons peuvent aussi être frappés d'altérations diverses. On y trouve tantôt simplement de la congestion et de l'œdème, tantôt des foyers de pneumonie lobaire ou de broncho-pneumonie. Les lésions de la pneumonie lobaire au cours de l'influenza sont celles de la pneumonie franche aiguë classique : le foyer d'hépatisation lobaire est parfois entouré de noyaux de broncho-pneumonie, »

La broncho-pneumonie est plus fréquente que la pneumonie lobaire. Fenkler l'a appelée la pneumonie cellulaire en raison de l'infiltration embryonnaire toute spéciale du tissu intra-alvéolaire; les bronchioles et les alvéoles seraient remplies également de cellules embryonnaires; avec le temps, les lésions pourraient aboutir à l'induration ou même à la nécrose ou à la caséification. Ces altérations seraient dues au bacille de Pfeiffer : les pyogènes vulgaires occasionneraient des lésions de pneumonie banales. La rate peut être hypertrophiée. On a en outre trouvé des lésions de dégénération parenchymateuse dans les reins, des ulcérations de l'estomac et de l'intestin.

Bactériologie

Dès les premières épidémies d'influenza, les bactériologistes se sont mis à la recherche des microbes dans les organes et les humeurs des malades. Pfeiffer, au commencement de 1892, découvrit le bacille spécifique. Les microbiologistes allemands en retrouvèrent les caractères, et M. Meunier, en France, en donne la description suivante : « Le bacille de la grippe est un bâtonnet très court, très fin, à peine plus long que large et mérite le nom de coccobacille. Il est le plus petit des bacilles connus. Arrondi à ses extrémités, il est parfois associé par deux en diplobacilles ; il est immobile, très abondant, pur ou associé dans la salive, dans

le mucus bronchique et dans le suc pulmonaire des individus atteints de grippe ; il se colore assez mal par les couleurs basiques mais très bien par la fuschine phéniquée. Il se décolore absolument par le gram, présente souvent après coloration la forme diplococcique, les extrémités s'imprégnant mieux que le centre. Très difficile à cultiver et à repiquer, il ne pousse pas sur les milieux ordinaires (bouillon, gélose, gélatine, sérum, pomme de terre), mais pousse seulement sur des *milieux ensanglantés* et en particulier sur la gélose recouverte d'une mince couche de sang (sang d'homme, de lapin ou mieux de pigeon) — serait-ce pour cela que les otites grippales hémorrhagiques sont plus tenaces ? — Poussant à 37°, lentement, en 48 heures sur sang de lapin, en 24 heures sur sang de pigeon, il donne des colonies extrêmement petites, souvent invisibles sans le secours de la loupe, transparentes, arrondies, ne confluent pas. Les colonies deviennent un peu plus volumineuses par passages successifs sur sang de pigeon. Aérobie vigoureux, présentant dans les cultures vieilles un polymorphisme très varié, (formes filamenteuses, allongées et enchevêtrées), le coccobacille vieillit vite et ne se repique plus au bout de quelques jours. Ce microbe n'est pas pathogène pour les animaux de laboratoire ou du moins il ne les tue que par toxémie après injection intraveineuse de doses considérables de cultures vivantes ou stérilisées. Meunier a cependant réussi dans un cas à déterminer chez le lapin une infection vraie, mortelle avec lésions organiques par injections intraveineuses de culture de coccobacilles.

On a retrouvé le bacille dans la salive, le mucus bronchique, le suc pulmonaire extrait par ponctions du foyer pneumonique des enfants, dans les collections purulentes de la plèvre, dans les centres nerveux, dans le pus d'une méningite avec abcès épidural (Hoedke) dans le sang. Netter, Weichselbaum, Zaufal, Moos, Rohrer, Scheibe, Haberman, Gradenigro ont recherché la présence et la nature des micro-organismes qui peuvent provoquer les inflammations aiguës de la muqueuse de l'oreille moyenne.

Weichselbaum, dans un cas d'otite moyenne purulente consécutive à la grippe a trouvé le bacille pneumonique de Friedlander ; Zaufal, dans des otites moyennes aiguës a trouvé le diplocoque de la pneumonie de Fränkel 4 fois, le streptocoque pyogène

5 fois, le staphylococcus pyogènes aureus deux fois. D'autres ont trouvé les mêmes microbes et surtout le diplocoque de la pneumonie de Frænkel ; Bordoni, Uffreduzzi, Gradenigro, en examinant le liquide obtenu par la paracentèse dans un cas d'otite moyenne à la suite d'influenza, ont trouvé des microcoques en chainettes. Examinés de près ce n'étaient pourtant pas des streptocoques mais des diplocoques encapsulés en forme de lance. Par suite des résultats d'inoculations ils considèrent ces organismes comme des diplocoques de Frænkel affaiblis — Lévy et Schrader ont trouvé le plus souvent soit le diplocoque de Frænkel, soit un mélange de divers micro-organismes. Dans un cas à terminaison fatale il y avait un diplocoque non encore décrit. Peut-être s'est-on trouvé dans ces différents cas en présence du bacille de Pfeiffer dont le polymorphisme est une des caractéristiques. En résumé, il nous faut tenir compte, dans les recherches sur la bactériologie des otites moyennes grippales, de la possibilité des affections mixtes si communes dans la grippe avec leur bactériologie spéciale, de l'altération du tissu muqueux par un microcoque difficile à déceler tel que celui de Pfeiffer favorisant le développement d'un deuxième ou d'un troisième genre, de l'existence de plusieurs espèces de streptocoques difficiles à distinguer les uns des autres, de l'exaltation réciproque de virulence du staphylocoque et du bacille de Pfeiffer (Roland Grassberger, Hanot), de la substitution au coccobacille, qui serait le premier occupant des bactéries vulgaires qui complèteraient son œuvre (Meunier).

Si nous nous rappelons que nous ne connaissons même pas encore les germes infectieux de plusieurs maladies générales exerçant sur l'oreille une influence extrêmement pernicieuse, telles que la scarlatine, la parotidite épidémique, la rougeole, il résulte de tout cela qu'actuellement nous ne sommes pas en état de résoudre d'une manière définitive les questions si délicates de l'étiologie microbienne spécifique à chaque affection. Mais la clinique, par l'étude de quelques-uns des symptômes caractéristiques de la grippe, nous vient en aide dans la classification et l'étiologie des complications et nous permet de remédier à la faillite temporaire de la bactériologie.

Symptomatologie de la Grippe

Nous allons donc examiner les principaux symptômes de la grippe, surtout ceux qui pourront nous donner d'utiles indications sur la marche de l'inflammation des muqueuses de l'appareil auditif.

La période d'inoculation de la grippe est très courte ; elle dure quelques heures, au maximum un jour ou deux. Le début est très brusque, instantané. Quelquefois un léger rhume, un catarrhe nasal et bronchique ouvre la marche avec quelques courbatures, malaises, céphalalgie.

En général on a reconnu trois formes principales : nerveuse, thoracique, gastro-intestinale.

Dans la forme nerveuse pure : céphalalgie violente, vomissements, névralgies frontales et orbitaires portant aussi sur la sphère du trijumeau, rachialgie fréquente, courbature, fatigue invincible, dépression et quelquefois excitation le soir et la nuit. Les accidents nerveux sont souvent des plus sérieux : méningites, phénomènes bulbaires, médullaires, mort dans le coma.

Dans la forme thoracique : coryzas aigus, catarrhe naso-pharyngien, angines intenses, laryngite, trachéite, bronchite, ouvrent la marche ; la maladie s'arrête souvent à ce stade. Mais lorsque l'appareil respiratoire se prend à son tour, et c'est le cas de beaucoup le plus fréquent, les symptômes pulmonaires deviennent rapidement graves : Broncho-pneumonies, pneumonies, pleurésies purulentes, congestions pulmonaires font élever la mortalité, surtout chez les vieillards et les débilités, à l'égal des pires épidémies.

Nous allons nous étendre sur un des premiers symptômes, des plus caractéristiques, surtout à notre point de vue, dans son rapport avec les affections de l'oreille.

« Le coryza semble être le prélude de la grippe : le nez est gonflé et rouge : le malade ressent à l'intérieur des fosses nasales un prurit intense et dans l'espace naso-pharyngien une constriction, une sécheresse anormale ; survient l'écoulement par les narines, d'abord aqueux, mais rapidement, épais, jaune, verdâtre et bientôt purulent ; le pourtour des narines et la gouttière naso-labiale, la lèvre supérieure sont rouges, enflammés, desquamés ; le canal

lacrymal obturé ne donne plus passage aux larmes et par voisinage enflamme la conjonctive ; la muqueuse des cornets congestionnée, hypertrophiée empêche le passage de l'air : le malade « sent le nez lui peser » ainsi que les régions avoisinantes ; il respire par la bouche, sa voix acquiert un timbre spécial, elle est nasonnée ; son faciès prend l'aspect grippé. »

L'inflammation s'étend alors au naso-pharynx et aux muqueuses de la trompe d'Eustache, au pharynx, larynx, trachée et de là aux bronches où nous venons de voir son néfaste travail.

La troisième forme ou gastro-intestinale consiste surtout en troubles d'embarras gastrique, en douleurs stomacales, vomissements, avec grande prostration. On observe aussi des phénomènes plus graves d'intolérance gastrique, gastralgies violentes. Les symptômes cardiaques sont aussi très importants surtout chez les cardiopathes.

Quant aux organes des sens, à part les complications auriculaires que nous étudions spécialement, on a décrit des altérations les plus variées portant sur l'organe de la vision surtout des douleurs rétro-oculaires extrêmement violentes qu'on a voulu localiser dans la capsule de Tenon et qui représentent un des principaux symptômes de la période d'invasion.

Terminons cette courte étude de la grippe en remarquant la variabilité de sa marche ; les formes nerveuses sont les plus courtes. La fièvre oscille entre 38, 39 et quelquefois 41°. Elle tombe en général au bout de 2 jours, quelquefois dure 4 à 5 jours puis surviennent les phénomènes de crise, sueurs profuses, diarrhée, polyurie, herpès. La convalescence commence, longue, pleine de rechutes ; la guérison n'empêche pas les récidives. L'ère des infections tardives est ouverte : c'est la phase la plus dangereuse. Empruntons pour finir, à un des auteurs fort autorisés, cet aphorisme judicieux et concis. *La grippe condamne, la surinfection exécute* (Meunier).



OBSERVATIONS CLINIQUES

Il était logique de penser, étant donné les rapports intimes de continuité et d'identité des muqueuses du naso-pharynx, des trompes d'Eustache et de l'oreille moyenne que la violente inflammation et le catarrhe muco-purulent dont elles sont le siège dès le début de la grippe devaient avoir sur l'appareil auditif une grosse influence morbide.

Et de fait, dès l'apparition de la Pandémie de 1889-90 les auristes furent surpris de la fréquence des complications auriculaires.

Lœwenberg, le 8 janvier 1890, dans le *Bulletin Médical*, remarque que les affections du nez et de la gorge dominant et par suite retentissent sur l'oreille ; mais ces premiers cas d'otite sont bénins, malgré quelques écoulements purulents accompagnés de polypes. Il insiste sur le traitement hâtif : insufflations d'air dans les trompes avec la poire de Politzer et paracentèse précoce. L'auteur termine sa communication en faisant des réserves, car en progressant, l'épidémie prend un caractère alarmant. Quelque temps après, le 16 janvier 1890 paraissent dans la *Médecine Moderne*, les observations suivantes de M. Gellé : « Mêmes remarques au sujet de la bénignité des otites au début de l'épidémie dont il énumère les principaux symptômes : douleurs vives, à l'intérieur de l'oreille, chaleur, sensation de plénitude avec affaiblissement très accusé de l'audition. Les trompes sont imperméables, engorgées par le fait de catarrhe naso-pharyngien. A l'examen otoscopique : rougeur au pôle supérieur du tympan au-dessus de l'apophyse externe, s'étendant sur la paroi supérieure du conduit osseux : l'auteur cite l'observation suivante :

OBSERVATION N° 1. — Otite moyenne aiguë grippale. — Début.
— Paracentèse. — Guérison rapide

Un jeune enfant grippé, avec catarrhe muco-purulent du rhino-pharynx et forte fièvre souffre violemment de l'oreille : son tympan est ballonné ; le

pus filtre à travers certains points où l'épiderme est imbibé et soulevé. On ne voit pas de perforation ; paracentèse : écoulement de pus et de sang. La température tombe et la douleur cesse, le malade guérit 8 jours après.

M. Gellé a soigné d'autres otites d'allures différentes et qu'il nomme *otites grippales à forme périostique*. Dans ce cas, la marche est plus lente et n'aboutit pas facilement à la suppuration ; l'inflammation fuse le long du périoste du conduit, peut passer au-dessus du tympan, laissant l'ouïe à peu près intacte. Quelquefois un abcès prémastoïdien survient avant que le pus ne s'écoule par le tympan et c'est souvent de la paroi perforée du conduit que vient le pus. C'est le mode réactionnel des arthritiques.

Un certain nombre de malades ne souffrent que d'abattement, de douleurs de tête, de surdité avec hébétitude. Ils sont souvent atteints d'étourdissements, de vertiges, d'incapacité cérébrale ; leur marche est titubante, vomissements ; le tympan est opaque et roussâtre, immobile ; les trompes sont closes. Pas de suppuration et peu de douleurs d'oreille. Ces malades ont un aspect typhique ou méningitique frappant.

L'auteur remarque la forme redoutable que prend l'affection pour l'avenir de la fonction de l'oreille : l'audition est abaissée comme dans la sclérose la plus vieille.

La paracentèse du tympan sera toujours, dans toutes ces formes, le meilleur résolutif, même si le pus ne s'écoulait pas.

Nous sommes frappés, à mesure que l'épidémie se prolonge de la fréquence de l'otite consécutive et du changement que les auteurs apportent dans leur pronostic.

Le 8 mars 1890, dans la *Médecine Moderne*, **M. Hermet** insiste sur le caractère si particulier des cas d'otites et il en fait non pas une entité morbide nouvelle, mais une otite s'écartant sensiblement du type classique :

« La marche est anormale ; l'intensité est plus grande ; les complications sont plus graves, plus fréquentes ; la période des douleurs, des prodromes est beaucoup plus courte : quelques heures au lieu de deux à trois jours ; la perforation a lieu beaucoup plus hâtivement. Chez un adulte l'écoulement a constitué

le premier symptôme et les douleurs ne se sont fait sentir qu'après son apparition.»

Le plus souvent de violentes otalgies persistent même quand le pus s'est fait jour à l'extérieur. C'est le contraire qui a lieu le plus ordinairement.

OBSERVATION N° 2. (M. Hermet). — **Otite moyenne aiguë grip-pale. — Perforation spontanée. — Forme longue et douloureuse.**

Une petite fille de 10 ans souffrait depuis 48 heures de l'oreille droite. Douleurs irradiant le long de la trompe d'Eustache. L'oreille droite était depuis deux jours le siège d'un écoulement abondant apparu 3 heures après de vives douleurs. A l'examen le conduit auditif externe est très rouge, gonflé, la membrane du tympan très hyperhémée, tous les points de repère ont disparu. Elle ressemblait à un disque rouge légèrement convexe. Je me préparais à faire la paracentèse lorsque la petite malade fut prise d'une envie de vomir et au moment où un écoulement sanguinolent apparaissait dans le conduit auditif externe, elle se mit à cracher du pus, vidant à la fois un abcès par la trompe d'Eustache très nettement enflammée et par la perforation du tympan que ses efforts de vomissement avaient provoquée. Pendant 3 jours les douleurs restèrent aussi vives et n'étaient calmées que par un bain tiède d'oreille avec une solution de cocaïne à 1 0/0. Ecoulement pendant 15 jours avec une violence inouïe. Je faisais toutes les heures pratiquer un lavage avec une solution de salol et, malgré cela, son oreiller était constamment taché de pus. J'ai retrouvé cette abondance de l'écoulement chez nombre de mes petits patients et c'est pour cela que j'ai remplacé le pansement sec par le système des irrigations astringentes souvent répétées.

Dès cette époque M. Hermet remarqua la présence des complications mastoïdiennes ; le Dr Chatelier fit en décembre et janvier 5 trépanations de l'apophyse mastoïde chez des malades atteints de grippe. Dans les cas opérés l'écoulement était rebelle, très abondant ; la région mastoïdienne était le siège de douleurs profondes apparaissant presque au début, provoquant une insomnie rebelle et s'exagérant à la pression.

Dans ces cas, l'apparition des complications mastoïdiennes est assez précoce.

Le conduit auditif externe est souvent le siège, dans le cours de l'otite, de productions eczémateuses et de furonculose intense.

Une année après, 1891, le Dr Lœwenberg fit paraître dans les *Annales des maladies d'oreilles* quelques observations d'otite grippale et le traitement systématique qu'il employa. Il fut en présence de nombreux cas d'otite avec mastoïdite, évitant la trépanation par une antiseptie rigoureuse, de larges débridements du tympan et surtout par des insufflations d'air avec la poire de Politzer. Nous citerons quelques-unes de ses observations qui sont surtout curieuses au point de vue de leur traitement.

OBSERVATION N° 3. — Otite moyenne aiguë grippale guérie instantanément par douche d'air.

Examen otoscopique : tympan rouge foncé uniforme, bombé en haut et en arrière dans le segment postéro-supérieur ; surdité, bourdonnements, douleur, angoisse, tout cessa par une insufflation d'air ; la fièvre tomba. La guérison des récalcitrants fut obtenue par plusieurs insufflations ou cathétérismes.

OBSERVATION N° 4. — Otite grippale à marche insolite hémorrhagique et à forme particulière de perforation. — Mastoïdite.

Il s'agit d'un malade dont l'oreille a été précédemment atteinte à l'âge de 4 ans que prend la grippe : douleurs violentes dans l'oreille, écoulement sanguinolent rapide. Le tympan présente à l'examen une tache rouge qui se transforme en érosion, 2 jours après perforation en arrière de l'érosion, d'aspect piriforme.

Les insufflations d'air n'amènent aucun soulagement. La perforation s'étend jusqu'au bord postérieur du marteau qu'elle longe par son bord postérieur.

L'apophyse mastoïde devient douloureuse spontanément et davantage à la pression. Douleurs sans interruption, pendant 15 jours, jour et nuit, puis avec intermittences pendant 15 autres jours. L'écoulement a persisté pendant 6 semaines. La perforation s'est agrandie malgré l'amélioration de l'ouïe.

Il nous faut remarquer la forme hémorrhagique de l'otite, sa durée beaucoup plus longue et sa gravité.

OBSERVATION N° 5. — Otite grippale survenant chez enfant prédisposé. — Mastoïdite. — Guérison

Enfant syphilitique présentant la triade : dents incisives centrales supérieures coniques et échancrées en demi lune, troubles de la cornée (kératite interstitielle) ; surdité interne.

Sujet depuis sa jeunesse à des abcès auriculaires ; présente une fois de plus perforation circulaire qui devient piriforme. La perforation s'étend malgré le traitement. L'ouïe s'améliore, fait assez fréquent chez l'enfant, malgré l'étendue des perforations. Cinq mois après l'enfant est atteint du même côté d'une mastoïdite ; grosse tuméfaction de la région mastoïdienne 40° 3. On ne fit pas de trépanation et, par le traitement habituel, douches d'air, seringages, alcool boriqué, tout rentra dans l'ordre.

Dans les réflexions qui suivent sa publication M. Læwenberg ne se montre pas partisan, dans le cas de mastoïdite, d'intervention rapide. Patience et longueur de temps, dit-il, viennent souvent à bout de cette complication. Son pronostic dans les otites grippales n'est donc pas très défavorable, excepté chez les tuberculeux, les diabétiques ou les enfants porteurs de végétations adénoïdes.

Il nous fait remarquer la singularité des perforations piriformes, longues à se cicatriser ne seraient-elles pas caractéristiques de l'otite grippale ? demande-t-il. Nous avons recherché cet aspect spécial, mais nous ne l'avons pas retrouvé.

Nous placerons ici l'observation de trois cas d'otites grippales bénignes, mais dont l'étiologie est curieuse ; nous les avons vu évoluer autour de nous, dans la même famille au mois de novembre 1899, à Paris.

OBSERVATION N° 6. — Un enfant de 7 ans, porteur de végétations adénoïdes est atteint de grippe : douleurs d'oreille, plénitude et affaiblissement de l'ouïe survenant quelques heures après. 3 jours après, la mère et la sœur qui est atteinte aussi d'hypertrophie des amygdales, sont prises à leur tour de grippe. Mêmes douleurs avec bourdonnements et dureté d'oreille. Quelques irrigations nasales boriquées pour dégager le naso-pharynx, plusieurs insufflations d'air ensuite firent disparaître les troubles chez les trois patients.

OBSERVATIONS CLINIQUES PERSONNELLES

Exposons maintenant une série d'observations cliniques dont nous avons pu nous même voir se dérouler les phases. D'après leurs caractères les plus saillants, leur évolution, leurs points de similitude et leur pronostic nous en pourrions déduire quelques conclusions, chercher quelles sont les indications opératoires et le traitement médical le plus opportun.

Nous n'avons eu que peu souvent à observer des cas d'otite grippale bénigne, soit que ces malades aient négligé les soins, soit que la maladie ait pris une forme plus grave. Nous nous rallierons à cette opinion, car la majorité des patients que nous avons eu à soigner pendant le courant de l'an dernier étaient atteints d'une façon particulièrement sérieuse.

OBSERVATION N° 7. — (Prise à la clinique du Dr Gapin). — **Otite moyenne aiguë purulente grippale. Suppuration longue.**

Un enfant de 7 mois, nourri au sein, mal portant. Mère grippée pendant l'hiver 1899. L'enfant prend la grippe qui se manifeste pendant quelques jours par du catarrhe muco-purulent naso-pharyngien. Fièvre. Angine consécutive ; presque immédiatement l'oreille suppure. Nous voyons l'enfant à ce moment. Le pus jaune, épais, fétide sort en abondance par le conduit auditif externe. Nous nettoyons l'oreille à l'aide de seringages d'eau boricuée tiède. Le tympan est largement perforé dans le segment antérieur. La suppuration dure environ deux mois malgré les cautérisations au nitrate d'argent à 1/50, les instillations au bicarbonate de soude et les irrigations boricuées répétées. La perforation subsiste.

OBSERVATION N° 8. — **Otite moyenne aiguë purulente grippale. — Mastoïdite. — Guérison.**

Il s'agit encore d'un enfant en bas âge, 10 mois, ayant pris la grippe

dans son entourage, qui nous est présenté à la même époque avec un catarrhe muco-purulent du nez, pas d'écoulement par l'oreille gauche, au moment où nous le vîmes, mais une énorme tuméfaction de la région mastoïdienne à gauche, rouge, chaude et très douloureuse à la pression. L'écoulement purulent par l'oreille gauche durait déjà depuis une huitaine de jours, lorsque les parents s'aperçurent qu'il cessait et qu'alors la région mastoïdienne se tuméfiait, devenait rouge et très douloureuse. Nous fîmes immédiatement avec la grosse seringue anglaise un déblaiement du conduit auditif, rempli de concrétions de pus durci et de lamelles blanches provenant de la desquamation de la muqueuse de la caisse que nous vîmes à travers le cadre tympanal, la membrane n'existant plus. La muqueuse était d'une coloration rouge vif intense. Cautérisations, mèche de gaze salolée. Sachets de glace sur l'apophyse mastoïde : irrigations boriquées continues. Deux jours après le petit malade est ramené : l'oreille suppure à nouveau, la tuméfaction a diminué. Nous revoyons l'enfant le surlendemain : le conduit s'est de nouveau obturé et la tuméfaction mastoïdienne a repris son volume primitif. Nouvelles irrigations, nouvelle mèche, application de glace sur l'apophyse mastoïde : quelques jours après la tuméfaction avait disparu ; l'écoulement persistait assez abondant pendant deux semaines. Vers la fin, nous fîmes quelques insufflations, avec la poire Politzer, qui parurent activer la guérison. (Prise à la clinique du Dr Gapin).

OBSERVATION N° 9. — Otite moyenne aiguë purulente grippale forme longue — Mastoïdite. — Opération. — Guérison.

Nous devons cette observation à l'obligeance de M. R. C., étudiant en médecine, qui eut la malchance d'en être lui-même le sujet.

Attaque de grippe subite en mars 1899. Malaise général, forte fièvre, courbature, dépression nerveuse, violents maux de gorge. Pris le lendemain d'atroces douleurs auriculaires à droite, souffre pendant 48 heures, (tampons de laudanum inefficaces). Vers 3 heures du matin le tympan se perfora de lui-même ; le patient souffre moins, mais ressent encore des douleurs.

L'oreille coule pendant 15 jours, le pus est fétide, abondant, jaune vert ; huit jours après douleurs dans la région mastoïdienne, temporale et sus orbitaire. Troisième semaine l'écoulement cesse un peu, mais la région de l'apophyse mastoïde gonfle, devient rouge et chaude. Cependant, durant les 8 jours qui suivent, les douleurs ne sont pas très vives, si ce n'est la nuit ; l'état général n'est pas trop mauvais. Fièvre légère. Mais le malade

ressent alors de violents maux de tête. La tuméfaction ne disparaissant pas l'opération est décidée, au commencement de la quatrième semaine : Ouverture de l'apophyse mastoïde à la gouge et au maillet, foyer purulent mis à nu. Drainage.

L'écoulement de l'oreille cesse complètement, pendant mèche de gaze salolée, 3 semaines après guérison. Le tympan est resté porforé. Des névralgies violentes ont persisté longtemps après l'opération. L'acuité auditive du côté perforé est de 0 mètres 25, 4 mois après l'opération.

**OBSERVATION N° 10. — Otite moyenne grippale avec mastoidite.
— Forme longue hémorrhagique. — Guérison.**

M^{me} B..., 30 ans. Attaque de grippe en avril 1899. Rechutes successives affaiblissant la malade. Vient consulter le 22 juin, se plaignant de fortes douleurs dans la région de l'oreille gauche, de névralgies violentes et rebelles tenant tout le côté gauche de la tête surtout le long de la suture sagittale. S'est appliquée la veille une mouche derrière l'oreille, sans résultat.

Le 14 juin, la malade jusque là mal portante, souffrant de l'oreille gauche, s'aperçoit que son oreille coule : liquide muco-purulent teinté de sang. Les douleurs n'en sont pas moins violentes. Insomnies douloureuses telles que le médecin traitant se trouve obligé de piquer sa malade à la morphine qui seule peut la calmer.

La face est pâle, grippée ; la malade a beaucoup maigri ; le moral est très déprimé. L'oreille coule beaucoup : pus épais, filamenteux, jaune, fétide, sanguinolent parfois. Le tympan largement ouvert laisse voir un fond de caisse granuleux, dont la muqueuse est tuméfiée. Nous ordonnons à la malade de grands lavages boriqués tièdes toutes les trois heures et des instillations de glycérine bicarbonatée puis alcoolisée. Attouchements au nitrate d'argent sur les granulations. Nous voyons la malade tous les deux jours pendant une semaine. L'oreille coule toujours ; les insomnies et les névralgies sont toujours aussi tenaces malgré l'antipyrine et la quinine ; la malade continue ses piqûres de morphine. Cet état dure pendant 15 jours sans grande amélioration, des bouchons de pus et de débris épithéliaux se formant de temps en temps dans le fond du conduit, produisant un obstacle à l'écoulement purulent, de telle sorte que les douleurs redoublaient d'intensité. Dans les premiers jours de juillet la malade revient, la région de l'apophyse mastoïde est très tuméfiée, rouge, très douloureuse. Nous faisons appliquer quelques sangsues sur la région, des sachets de glace. La

malade revient le 20 juillet ; la tuméfaction a disparu, l'oreille coule moins et les granulations de la muqueuse de la caisse sont en partie disparues, mais les migraines persistent. Quelque temps après elle nous revient souffrant violemment de l'oreille droite. Nous trouvons plusieurs petits furoncles dans son conduit auditif. Incision. Guérison. L'audition est presque abolie du côté malade. (Prise à la clinique du Dr Gapin).

OBSERVATION N° 11. — Otite moyenne purulente double, forme hémorrhagique avec mastoïdite à gauche. — Opération. (Clinique du Dr Grapin)

M^{me} B..., 40 ans, vient nous consulter le 11 juillet. Attaque violente de grippe en mai 1899. Quelques jours avant le 19 mai, fortes douleurs d'oreilles névralgies, insomnies. Le 19, le tympan droit s'ouvre spontanément. Le 20 mai le tympan gauche se perce de même ; le pus est très souvent sanguinolent. Depuis, l'oreille gauche a coulé abondamment. La double perforation n'a pas apporté de soulagement à la souffrance, surtout à gauche. L'écoulement et les douleurs de l'oreille droite ont fortement diminué.

Depuis le 3 juillet l'écoulement s'est tari à gauche et aussitôt des douleurs et du gonflement sont apparus dans la région mastoïdienne ; tuméfaction énorme. La malade souffre beaucoup, elle est très déprimée, ne peut dormir un seul instant. La fièvre est très forte. Nous lui donnons notre traitement ordinaire, (Réfrigération continue de la région) et la revoyons deux jours après : la tumeur mastoïdienne est manifestement fluctuante, l'état général a empiré. Nous l'envoyons immédiatement à l'hôpital Necker où elle est opérée, par M. Souligoux.

OBSERVATION N° 12. — Otite grippale. — Paracentèse. — Mastoïdite à évolution irrégulière. — Trépanation. — Guérison. (Observation prise à la clinique du Dr Lacroix).

M^{me} X..., 35 ans est prise le 28 janvier 1900 de fièvre grippale, avec courbature, anoréxie, coryza, toux. Quelques jours après elle commence à se plaindre de bourdonnements, surdité et douleurs lancinantes dans l'oreille gauche. Elle attribue tout d'abord ces phénomènes au sulfate de quinine dont elle prend 50 centigrammes tous les jours.

Toutefois les douleurs auriculaires s'étant aggravées d'une part et d'autre part des maux de tête presque continus et l'insomnie venant s'y ajouter, la malade se rend à la clinique. Nous constatons alors une vive congestion du

tympa qui est déjà refoulé en dehors par la sécrétion accumulée dans l'oreille moyenne. L'apophyse mastoïde paraît normale à la vue, sans rougeur ni gonflement, mais elle est douloureuse à la pression, surtout à sa région moyenne. La paroi postéro-supérieure du conduit ne présente rien d'anormal. On pratique la paracentèse qui donne issue à quelques gouttes de liquide roussâtre et on prescrit à la malade *a)* des injections et des instillations antiseptiques, *b)* la réfrigération sur la mastoïde avec des compresses froides d'eau additionnée d'acétate de plomb liquide, incessamment renouvelées, *c)* antiseptie naso-pharyngienne ; 4 jours après la paracentèse, il s'établit un écoulement purulent par l'oreille gauche. Les douleurs se sont calmées, l'apophyse est peu sensible à la pression et la malade reprend de l'appétit et des forces. La semaine suivante, la suppuration diminue et n'est guère finalement perceptible que le matin. L'amélioration se prolonge ainsi pendant une quinzaine de jours et la malade se considère volontiers comme guérie.

Il n'en est rien, car à ce moment même, sans motifs apparents, les douleurs reviennent, la mastoïde se gonfle, rougit, redevient douloureuse à la pression et beaucoup plus qu'à la première atteinte : l'écoulement otique est presque nul. Malgré la réfrigération, malgré une nouvelle paracentèse cet état persiste sans mieux notable : la paroi postéro-supérieure du conduit devient saillante. Le 3 mars, le Dr Lacroix trépane la mastoïde : il sort de l'antra deux cuillères à café de pus que l'on se contente d'évacuer, sans pousser plus loin l'intervention.

Dès le lendemain les douleurs cessent et la malade guérit rapidement après 4 semaines de pansements.

OBSERVATION N° 43. — (Dr Lermoyez et Dr Mahu). — **Otite grippale.**
— **Paracentèse.** — **Mastoïdite à évolution lente.** — **Trépanation.** — **Guérison.**

V. Suzanne, 3 ans 1/2. Otite aiguë à gauche, suite de grippe, soignée par les Drs Lermoyez et Mahu. Les soins sont extrêmement difficiles à donner, on est obligé de tenir l'enfant à plusieurs personnes : néanmoins on parvient à faire des lavages d'oreille et à maintenir une aseptie relative. On fait la paracentèse du tympan au bout de 4 jours ; pansements journaliers (lavages à l'eau boricuée, séchage à l'ouate hydrophile, instillations de glycérine phéniquée à 1/20, bains d'eau oxygénée), antiseptie du cavum et du pharynx ; 2 jours après on est obligé de refaire la paracentèse. Malgré ces soins, au bout de trois semaines, les douleurs mastoïdiennes apparues

presque au commencement de la maladie avec rougeur et léger gonflement, mais sans température élevée, n'avaient pas encore cessé, quoique l'on eut fait constamment des applications de glace sur la région.

La suppuration reste toujours la même et l'on sent avec la pointe du stylet une surface dénudée et rugueuse à la partie postéro-supérieure du conduit auditif gauche ; la perforation du tympan s'est maintenue. Il n'y a plus d'œdème de la région mastoïdienne, plus de douleur, pas de fièvre. Mais l'abondance de l'écoulement du pus venant de la direction sus indiquée et aussi la non perception mastoïdienne de la montre et presque du diapason déterminent à demander aux parents l'intervention. La trépanation est faite le 5 mai 1899 et l'on se trouve en présence d'une mastoïde entièrement remplie de fongosités. Le pus était peu abondant et s'écoulait par une fistulette en forme de siphon passant par dessous le massif osseux du facial. Toute la mastoïde fut enlevée. On ne fit pas l'évidement pétro-mastoïdien complet. L'enfant guérit après un mois de pansements.

Ces deux observations de mastoïdite évoluant lentement, avec la poussée brusque du début, allure que l'on retrouve si souvent dans les manifestations grippales, et continuant pendant près d'un mois leur travail destructif sans symptômes saillants (masqués peut-être par la réfrigération permanente) justifient la rigoureuse surveillance que l'on doit avoir à tout instant, et pendant longtemps, pour la région mastoïdienne puisque la reprise aiguë du malade de l'observation n° 12, peut absolument faire défaut ; l'évolution de la maladie se faisant alors insidieusement vers le lieu de moindre résistance peut même gagner les méninges par les différentes voies ouvertes devant elle ainsi que nous allons le voir dans les observations suivantes, 15, 16, 17.

OBSERVATION N° 14. — Otite moyenne grippale à forme sous périostique. — Abscess extra mastoïdien. — Opération. — Guérison. (Consultation de la Charité).

Femme de 30 ans, vient consulter pour une tuméfaction très douloureuse de la région mastoïdienne droite. La malade souffre énormément, elle est excessivement déprimée. Elle a eu quelque temps auparavant une grippe à forme nerveuse. Son oreille droite a coulé très peu avant l'apparition de la tuméfaction, mais sans préoccuper autrement la malade.

Le pavillon de l'oreille est soulevé, refoulé en avant, le sillon auriculo mastoïdien disparu et le gonflement s'étend à toute la zone temporo maxil-

laire. On perçoit une fluctuation profonde et M. Savariaud fait une longue incision au lieu d'élection et tombe à 5 centimètres de profondeur sur l'apophyse dénudée; c'est en débridant les bords de la plaie que l'on donne issue à une vaste poche de pus contenant deux cuillerées à bouche de pus. Pansement humide. Guérison.

Nous sommes ici en présence d'un cas typique d'ostéopériostite du conduit auditif externe avec prédominance mastoïdienne, assez semblables aux cas relatés par M. Gellé.

Nous avons eu l'occasion d'observer dans le service du Dr Tillaux, un cas d'otite grippale à terminaison fatale, dans lequel l'infection avait gagné les méninges et déterminé la mort.

Un deuxième cas de méningite grippale consécutive à l'otite a été relaté par M. le médecin-major Marty. Nous verrons la même terminaison fatale se reproduire pour le malade de l'observation 17 du Dr Lacroix, à la suite des symptômes peu différents de ceux du malade opéré par M. Tillaux.

OBSERVATION N° 15. — (Hôpital de la Charité, service de M. le professeur Tillaux). — **Otite moyenne grippale ancienne avec mastoïdite. — Opération. — Mort. — Abscès cérébral.**

Malade de la campagne, 65 ans. A eu la grippe en avril dernier. Le 15 avril ressentit une douleur intense dans l'oreille droite; a beaucoup souffert pendant 8 jours, au bout desquels l'écoulement est apparu, abondant, puis a cessé après deux semaines, obstrué probablement par des débris épithéliaux ou du pus durci. Le malade commence alors à souffrir d'une vive douleur siégeant derrière l'oreille dans la région mastoïdienne qui devient tuméfiée, douloureuse; son médecin pratique une incision verticale sur la tuméfaction. Le malade n'en fut pas soulagé. L'ouverture a persisté sous forme de trajet fistuleux sans écoulement. A l'époque actuelle, la région mastoïdienne est encore légèrement tuméfiée, le sujet en souffre encore énormément et se plaint surtout d'atroces névralgies hémicraniennes suivant la suture sagittale à droite par crises nuit et jour. Le stylet introduit dans la cicatrice fistuleuse arrive à 1 cent. 1/2 sur une surface osseuse dénudée, inégale. Le conduit auditif est sain, sans voussure sur la paroi postérieure comme cela s'observe souvent en cas de suppuration mastoïdienne. Le tympan droit est grisâtre, avec bandes cicatricielles. Pas de perforation. L'audition est nulle de ce côté.

Pensant à une ostéite condensante de l'apophyse mastoïde, ou à un point de suppuration des cellules mastoïdiennes, tout en établissant des réserves au sujet d'un abcès des méninges par voisinage, M. Tillaux fait une trépanation de l'apophyse à la gouge et au maillet. Pas de foyer de suppuration. 48 heures après, le malade souffre aussi violemment. Son chef de clinique M. Riche, recherche à nouveau un point de suppuration dans l'apophyse et dans l'antre, sans résultat. L'état général du malade empire dans les jours suivants : Etat comateux. Il meurt. A l'autopsie on trouve un abcès intracranien, avec ramollissement des méninges, dû au pus qui, n'ayant pas trouvé d'issue suffisante, avait fusé soit par les fissures de la face supérieure du rocher, par le vestibule, après avoir détruit la fenêtre ovale, soit par l'aqueduc de Fallope, dans le canal du nerf facial.

OBSERVATION N° 16. — Otite moyenne grippale se greffant sur otorrhée ancienne. — Méningite consécutive. — Mort.

M. Marty, médecin-major de 1^{re} classe, rapporte dans les archives générales de médecine, novembre 1898, le cas d'un jeune soldat atteint avant son incorporation, de fréquents écoulements d'oreille dont il était résulté un état de surdité léger, mais permanent. Le 31 janvier 1898, il est atteint de grippe précédée de quelques jours de malaise. Le soir aggravation brusque de son état, fièvre violente. Céphalée orbitaire, courbature 39°. Légère bronchite. L'état s'améliore. Le 3 février, il entre à l'hôpital, pour que l'on pût mieux surveiller ses oreilles dont il se plaint. Le 4 février, douleur dans les oreilles et dans la tête. La surdité s'accroît sans écoulement dans le conduit auditif. Le 13, la céphalée augmente, *douleurs d'oreille intenses* 37°. Le 15, 37°7. L'état général semble meilleur, lorsque le 19 à 8 h. du soir surviennent des vomissements alimentaires, puis bilieux avec hypéresthésie généralisée, telle que le moindre contact est douloureux. Vers 2 h. de la nuit convulsions toniques et cloniques, perte de l'intelligence, décubitus en chien de fusil, yeux convulsés à gauche et en haut. Fièvre forte. Puis aggravation progressive des accidents coma et mort le 20 à 6 h. 15. La température à 3 h. était de 39°.

OBSERVATION N° 17. — (Observation des Drs Jeanne et Lacroix). — Otite moyenne subaiguë grippale. — Paracentèse. — Mastoïdite. — Méningite probable. — Trépanation. — Mort.

Homme âgé de 46 ans, adressé à la clinique du Dr Lacroix, par son méde-

cin traitant, le Dr Jeanne de Meulan. Au cours d'une grippe légère, le malade a été pris d'otite moyenne aiguë gauche : le premier examen otoscopique montre un tympan rouge, très refoulé en dehors, un conduit abaissé à sa paroi postéro-supérieure, une mastoïde légèrement sensible à la pression profonde.

On pratique la paracentèse du tympan qui permet d'évacuer une quantité assez abondante de liquide muco-purulent. Le malade applique à son domicile des compresses froides sur l'apophyse et fait des lavages et instillations antiseptiques du conduit.

La paracentèse avait amené une réelle amélioration, puis les douleurs réapparaissent, la mastoïde redevient sensible sans être très douloureuse cependant, et cet état persiste ainsi pendant 15 jours sans aggravation ni amélioration. A ce moment, désireux sans doute de trouver ailleurs une guérison plus rapide, le malade nous quitte et nous n'en entendons plus parler pendant près de deux mois. Puis il revient à la clinique : sa situation à ce moment est notablement aggravée : l'apophyse est recouverte d'une poche rouge fluctuante de la grosseur d'un œuf de pigeon, l'insomnie est totale, la céphalalgie intense, continue, concassante, ayant encore là comme siège la suture sagittale crânienne, le facial gauche est parésié. Une première incision faite au niveau de l'abcès superficiel donne issue à 2 cuillerées à bouche de pus et permet de constater au stylet la lésion osseuse sous jacente. Il n'y a pas de trépanation spontanée. Malgré cette première évacuation, les symptômes persistent aussi intenses : l'état du malade étant assez précaire, il entre à l'hôpital de Meulan où l'on décide la trépanation de la mastoïde : l'opération est faite par le Dr Lacroix avec l'assistance du Dr Jeanne. Dans un premier temps, l'antre est ouvert sans difficulté ; il contient à peine une demi cuillerée à café de pus mal lié et des granulations qui sont curetées ; l'opération n'est pas poussée dans la caisse, rien, ni dans l'examen antérieur ni dans l'examen au cours de l'intervention ne justifiant cette manière de faire. Dans un deuxième temps nous curetons soigneusement un foyer de carie osseuse situé à la partie inférieure de l'apophyse, vers la pointe, faisant ainsi une cavité du volume d'une grosse noisette. En raison du peu de pus contenu dans l'antre, ce foyer nous parut être le plus important, mais il n'expliquait pas aisément les troubles fonctionnels dont se plaignait le malade et laissait supposer des lésions plus profondes. Quoi qu'il en soit la mastoïde fut tamponnée à la gaze iodoformée. Pendant 24 heures, rien de particulier ne se produisit. A ce moment le malade fut pris de délire et de convulsions qui devinrent rapidement violentes. Nous examinons alors les parties opérées ; elles sont nettes, libres, sans compression, sans trace de rétention purulente : le malade succombe quelques heures après le début de ces accidents. L'autopsie n'a pu être pratiquée.

A quelles lésions avions nous affaire ? la céphalalgie tenace, continue, violente sans rétention du pus dans la mastoïde indique évidemment une complication cérébrale qui évoluait depuis plusieurs mois : l'infection, d'abord otique, était devenue mastoïdique et cérébrale.

Dans la plupart des cas que nous venons d'énumérer, l'intervention sur le tympan ne fut pas faite, ou le fut tardivement, les malades ayant souvent consulté, alors que le tympan s'était ouvert spontanément, et que le pus avait eu le temps déjà d'accomplir ses ravages dans la caisse.

Nous avons eu l'occasion de voir deux malades, tous deux encore en puissance de grippe et au début de l'otite moyenne consécutive. Nous fîmes sur le champ la paracentèse du tympan et nous avons été surpris de la très notable différence dans l'évolution et dans le pronostic de l'otite.

OBSERVATION N° 18. — (Prise à la clinique du Dr Gapin). — Otite moyenne aiguë grippale au début. — Paracentèse du tympan. — Guérison rapide.

M. C., vieillard de 62 ans 1/2, vient consulter pour de violentes douleurs de l'oreille, qui durent depuis 24 heures. Il vient d'être grippé et autour de lui de nombreuses personnes sont atteintes par l'épidémie (mars 1899).

Nous examinons son tympan : le segment antéro-supérieur est bombé, rouge, la membrane est parcourue de petits vaisseaux. Pas de perforation. Après avoir mis un tampon de cocaïne à 1/10 pendant un instant dans le fond du conduit auditif, nous faisons une paracentèse sur la partie la plus saillante et une autre ouverture immédiatement après dans la partie la plus déclive de la membrane pour donner une issue plus facile au pus. Une grosse goutte de pus sort aussitôt par les deux ouvertures. Irrigations boriquées, mèche de gaze salolée. Pansement. Le malade se sent soulagé sur l'instant, mais dans le courant des 48 heures qui suivirent, il ressentit encore de fortes névralgies. L'écoulement devient assez abondant pendant deux semaines, puis se tarit. Le tympan se cicatrisa et l'audition revint peu à peu.

OBSERVATION N° 19. — (Prise à la clinique du Dr Dumont). — **Otite moyenne aiguë grippale au début.** — **Paracentèse.** — **Guérison rapide.**

L. E., domestique, 23 ans, a eu la grippe fin novembre 1899 ; 3 rechutes en 7 semaines. Depuis 4 ou 5 jours se plaint de maux de gorge, de violentes courbatures, catarrhe naso-pharyngien, yeux larmoyant constamment. Douleurs sus-orbitaires. Un peu de bronchite grippale. Vient consulter pour des douleurs incessantes dans l'oreille droite, survenues le matin même à 6 h., qui deviennent de plus en plus vives, très violentes, survenant par crises depuis 11 h. Nous l'examinons vers 4 h. de l'après midi. Le tympan est gris terne, bombé dans son segment antéro-supérieur dans la région de la membrane de Schrapnell. Forte réplétion des vaisseaux qui courent le long du manche du marteau, en avant, ainsi que de ceux de la couronne vasculaire de la membrane. La partie postéro-inférieure du conduit auditif externe, près la membrane, participe à l'hyperhémie de la caisse.

Nous fîmes aussitôt une paracentèse large, en croix, dans l'espace antéro-supérieur. Issue d'une assez grande quantité de pus jaune lié.

La malade se plaint moins de l'oreille, mais le soulagement n'est pas immédiat. Nous ordonnons des cachets de quinine et d'antipyrine. Quelques douleurs névralgiques persistent. Le surlendemain, l'oreille coule abondamment, pus séreux. La malade va tout à fait mieux, quoiqu'elle ressente encore de la névralgie dans la moitié gauche de la tête. Irrigations abondantes boriquées, instillations bicarbonatées, attouchements au naphтол camphré. Guérison complète trois semaines après.

Rappelons, à l'appui de ces deux observations, le cas cité par M. Gellé (observation n° 1 où la paracentèse hâtive eut le même succès.



RÉFLEXIONS

sur les Observations cliniques

CONCLUSIONS

Les premières attaques d'otite grippale avaient paru bénignes aux observateurs, pendant la pandémie de 1889-90. Mais cette bénignité disparût bientôt, faisant place à une affection beaucoup plus grave à mesure que l'épidémie progressait. En France, MM. Lœwenberg, Gellé, Hermet, l'étudièrent à cette époque, en ayant remarqué les allures toutes spéciales. C'est grâce à leurs travaux puis à d'autres observations pendant des épidémies plus récentes que nous allons pouvoir étudier les principaux symptômes de cette otite moyenne aiguë grippale, et rechercher en quels points elle s'éloigne du type ordinaire.

Apparition des douleurs. — Pour M. Hermet et d'autres, la période des douleurs, des prodromes est beaucoup plus courte : quelques heures au lieu de deux à trois jours.

La perforation spontanée du tympan est rapide, le pus se formant très vite et ravageant en peu de temps les obstacles : (*Perforation survenant 18 h. après les premières douleurs*) (Hermet). Douleurs violentes, perforation rapide : Lœwenberg ; suppurations précoces (observations 7 et 8) ; perforation spontanée et issue abondante de pus 36 h. après l'apparition des premières douleurs n° 9. Les tympons droit et gauche se perforant à un jour d'intervalle après des prodromes durant deux à trois jours (observation n° 11) ; formation abondante de pus quelques heures après les premières douleurs (observations n°s 17 et 18).

Les *douleurs* sont violentes dans toutes les otites, mais celles

de l'otite moyenne purulente de la grippe, paroxystiques, subites, prenant par crises terribles sont peut-être plus rebelles à tout traitement et surtout plus tenaces que toutes les autres, car la paracentèse qui soulage instantanément la plupart des patients atteints d'otite moyenne purulente laisse presque toujours malgré l'issue du pus de violentes otalgies. Ces otalgies paroxystiques, persistant nuit et jour pendant plusieurs semaines, occasionnant de longues insomnies, occupent sur le côté malade la région temporale, occipitale et suivent de préférence une ligne douloureuse au long de la suture sagittale. Le siège de ces douleurs nous a paru bien précis. Elles sont caractéristiques et ressortissent de la nature de la grippe qui atteint si profondément le système nerveux.

Otorrhée. — Sa durée, son abondance, sa nature. — Nous retrouvons dans toutes les observations un même fait : écoulement très abondant, muco-purulent, le plus souvent franchement purulent, très fétide, jaune vert, quelquefois hémorrhagique. Cet écoulement sanguinolent est de mauvaise nature, presque toujours suivi de mastoïdite (observations n^{os} 4, 10 et 11). — Peut-être cela tient-il à ce que le diplocoque de Pfeiffer se cultivant mieux sur les milieux ensanglantés exalte sa virulence dans le pus sanguinolent de ces écoulements.

Quant aux microbes, hôtes ordinaires de ces écoulements, nous les avons étudiés spécialement. Cette abondance de l'écoulement qui d'ordinaire se tarit au bout de trois à quatre semaines dure ici au moins six semaines, deux mois et plus, laissant la fonction de l'oreille atteinte à jamais compromise.

Nous avons vu que le malade n'était pas mis à l'abri des complications mastoïdiennes alors que l'écoulement durait quatre ou cinq mois (observation n^{os} 5, 15 et 17).

Complications mastoïdiennes. — Le caractère le plus saillant, on pourrait dire un des symptômes ordinaires de l'otite moyenne purulente grippale, c'est sa *propagation si fréquente aux cellules mastoïdiennes*, c'est l'invasion du pus dans l'antre et la formation de l'abcès intra-mastoïdien, abcès qui fusera à sa guise par le conduit auditif externe perforant quelquefois sa face

postérieure, ou bien par l'extrémité inférieure de l'apophyse qu'il va détruire, se répandant dans les gaines musculaires avoisinantes (mastôidite de Bezold), ou bien vers le cerveau, ou bien, ce qui est le plus fréquent, détruisant le périoste de sa face externe, il saillira à travers les téguments vers l'extérieur, derrière le pavillon de l'oreille.

L'apparition en est relativement précoce, en moyenne de 12 à 15 jours après le premier écoulement du pus (13 jours, observation n° 11) souvent beaucoup plus tôt. La durée de l'inflammation est longue (un mois, observations n°s 4, 12 et 13; vingt jours, observation n° 10; deux mois, observation n° 13), des poussées aiguës surviennent pendant l'évolution souvent insidieuse (observations n° 13, 15 et 17). Assez rarement on arrive à l'enrayer et presque toujours l'intervention est nécessaire.

Sur 13 cas de catarrhe suppuré de la caisse que nous venons d'examiner, nous relevons 11 cas de mastôidite (10 abcès intramastôidiens, 1 abcès extra-mastôidien sous périostique tel qu'en a vu M. Gellé (observation n° 14).

La proportion de cette complication de l'otite grippale est donc énorme 80 %. Complication dangereuse nécessitant le plus souvent la trépanation de l'apophyse. Sur les 11 cas d'otite moyenne purulente avec mastôidite, nous relevons 6 trépanations, plus une incision des téguments jusqu'à l'apophyse dénudée (observation n° 14). Sur les six opérés, trois morts (observations n°s 12, 15 et 17), ce qui donne près de 30 % de décès sur l'ensemble des complications mastôidiennes.

Nous devons ajouter dans cette proportion de mortalité, les cas malheureux où l'otite grippale se complique de méningite, complication fatale et contre laquelle il n'est aucune chance d'intervention.

L'observation de M. Marty (observation n° 16), nous fait assister au tableau frappant d'une méningite emportant le malade 15 jours après l'apparition des premières douleurs de l'otite, au déclin de la grippe dont l'agent infectieux est venu donner une poussée fatale à cette otorrhée rebelle : trouvant là un point de moindre résistance, il s'y est pour ainsi dire rué, propageant sa virulence aux méninges voisines ; le pus qui n'a pas eu d'issue à l'extérieur

avait probablement eu l'accès aux méninges, soit par le labyrinthe, soit le long des nerfs par le canal auditif interne, soit par l'aqueduc du limaçon, ainsi que cela a été observé dans les cas inverses d'otites moyennes et labyrinthiques consécutives à une méningite (Moos, Habermann, Heller), soit par passage direct de l'oreille moyenne à la cavité crânienne en suivant les prolongements de la dure-mère (Moos).

PRONOSTIC

Le pronostic de l'otite moyenne aiguë purulente est donc, surtout dans ses complications mastoïdiennes, d'une grande gravité et soumis, comme la grippe elle-même, à bien des réserves, car la complication est elle aussi sujette à toutes les reprises et les surprises. Il nous a paru singulièrement meilleur, lorsque la paracentèse du tympan a pu être faite hâtivement, alors que le pus commençait seulement à apparaître dans la caisse et qu'une issue large a pu lui être faite aussitôt.

Ces réflexions nous conduisent donc naturellement à parler du traitement de l'otite moyenne aiguë purulente, d'origine grippale ; traitement différent suivant les indications fournies par la forme de l'affection et surtout par le moment de son évolution où l'on se trouve en sa présence.



TRAITEMENT

Dans la suite des observations recueillies, nous avons fait part des traitements employés pour chaque cas : Reprenons en les grandes lignes.

Pour les formes hyperhémiques et catarrhales :

Irrigations antiseptiques des cavités naso-pharyngiennes (solutions alcalines). Insufflations d'air dans les trompes d'Eustache avec la poire de Politzer. Catéthérismes au besoin. Les douches d'air agiraient en débouchant la trompe, en renouvelant l'air dés-oxygéné, en diminuant par pression la turgescence sanguine et en favorisant les reflexes qui chasseront les sécrétions tendant à la purulence ou bien en facilitant leur absorption par les lymphatiques. (Lœwenberg).

Pour les formes suppurées :

Lavages fréquents et abondants du conduit auditif externe (solutions phéniquées, salicylées, sublimées, instillations, cautérisations, pansement minutieux).

Mais le traitement qui nous a paru le plus en rapport avec la forme particulière de l'otite grippale purulente aiguë serait pour ainsi dire une surveillance de tous les instants, surveillance armée, pour attaquer l'affection dès le début, alors que le pus apparaît dans la caisse avec sa soudaineté, prêt à tous les ravages : Paracentèse hâtive du tympan, faite d'une façon large, en incisant la membrane en forme de croix ainsi que le conseille M. Gellé, de telle façon que la partie la plus menacée, celle où s'accumule le pus, devienne aussitôt une large issue.

Cette façon d'agir est logiquement la meilleure garantie contre la transmission de l'affection aux cellules mastoïdiennes et surtout contre sa stagnation funeste en cet endroit.

Paracentèse hâtive et répétée au besoin, larges débridements dès que l'orifice tend à se boucher, irrigations fréquentes, instillations pour parer aux inconvénients des bouchons purulents, surveillance minutieuse de cette porte de sortie immédiatement ouverte, pansements antiseptiques pour empêcher l'infection extérieure.

Surveillance encore plus attentive de la région mastoïdienne : percussion fréquente pour déceler tout point douloureux suspect, avant que la rougeur et le gonflement ne soient apparus ; à la moindre alerte, application continue de sachets de glace, pour chasser ces brusques poussées inflammatoires grippales qui, là comme ailleurs, prennent une allure violente, débutent à grands fracas pour quelquefois par bonheur avorter aussi vite. Si malgré la réfrigération le gonflement persiste : quelques sangsues sur la région. Point d'amélioration : les douleurs restent-elles paroxystiques ? la température est-elle élevée ? Ne pas attendre une régression fortuite : pas d'hésitation fatale ; il faut donner une issue au pus des cellules mastoïdiennes et de l'antre avec plus de hâte encore que pour le pus de la caisse, car l'infection devient de plus en plus grave : Trépanation audacieuse, investigatrice, poursuivant le pus partout où il est, détruisant toutes les parties suspectes et lui laissant ensuite une large voie de sortie constamment ouverte jusqu'à son épuisement.

En somme, deux interventions à différents stades de l'affection : la première, la paracentèse du tympan, constante, hâtive, largement entretenue ; la seconde, la trépanation de l'apophyse mastoïde, pour laquelle les indications sont plus précises, formelles et dont le bénéfice est si grand que l'attente, fréquemment mortelle pour le malade, n'est point permise.

Le Président de Thèse,

LANNELONGUE.

Le Doyen de la Faculté de Médecine,

BROUARDEL.

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GREARD.

